中药灌肠联合中药热罨包技术在1例重症急性胰腺炎患者腹胀护理中的应用

王晓明

（北京市健宫医院，普外肿瘤科，北京 100032 ）

摘要:本文总结了中药灌肠联合中药热罨包技术在1例重症急性胰腺炎患者腹胀中的临床效果，分析了中药灌肠和中药热罨包技术在腹胀治疗中的独特优势和特点。该病例基于西医运用常规综合治疗，包括吸氧胃肠减压，营养支持抗感染，改善微循环，抑制胰液分泌等对症治疗腹胀缓解效果不明显，中医辨证论治运用中药灌肠联合中药热罨包技术治疗腹胀取得了较好的临床效果，减轻了患者的痛苦，降低了住院天数及医疗费用，增加了患者的舒适度及满意度。

关键词:重症急性胰腺炎；腹胀；中药灌肠；中药热奄包；护理体会

The application of traditional Chinese medicine enema combined with traditional Chinese medicine hot pouches technology in the nursing of abdominal distension in a patient with severe acute pancreatitis

Wang Xiaoming

(Beijing Jiangong Hospital, Department of General Surgery and Oncology, Beijing 100032)

ABSTRACT: This article summarizes the clinical effect of traditional Chinese medicine enema combined with traditional Chinese medicine hot poultice technology in the treatment of abdominal distension in a patient with severe acute pancreatitis, and analyzes the unique advantages and characteristics of traditional Chinese medicine enema and traditional Chinese medicine hot poultice technology in the treatment of abdominal distension. This case is based on the use of conventional comprehensive treatment in Western medicine, including oxygen therapy for gastrointestinal decompression, nutritional support for anti infection, improvement of microcirculation, inhibition of pancreatic juice secretion, etc. The symptomatic treatment of abdominal distension has not shown significant relief

effects. Traditional Chinese medicine has achieved good clinical results by using traditional Chinese medicine enema combined with traditional Chinese medicine hot pouches to treat abdominal distension, reducing patient pain, hospitalization days and medical costs, and increasing patient comfort and satisfaction.

KEY WORDS: Severe acute pancreatitis; Abdominal distension; Chinese medicine enema; Traditional Chinese Medicine Heat Cure Pack; Nursing experience

引言：重症急性胰腺炎（sever acute pancreatitis,SAP）是常见的外科危重症之一，指伴有全身和局部并发症的急性胰腺炎，是一种病死率较高、并发症多、病情险恶的急腹症。是以胰腺局部坏死性感染并发全身炎症及多脏器功能衰竭、肠道应激反应为主要表现的临床重症疾病,病死率达 20%。 针对患者肠道黏膜屏障被破坏导致的严重腹痛、腹胀症状,“中国急性胰腺炎诊疗指南”指出,建议采用芒硝主要功效是泻下、软坚、清热通过外敷方式,刺激肠道内皮细胞增生,提高肠道神经反射及肠道蠕动,加速腹内渗出液吸收,以缓解腹痛、腹胀症状,降低胰胆管压力,改善胰腺功能。中医学认为：中药生大黄具有攻下、导滞、泻火凉血等功效，它通过刺激直肠和乙状结肠，使肠液分泌量增 加，软化大便，抵制肠道内细菌移位及毒素的吸收，而且抵制 胰蛋白酶、胰脂肪酶的分泌，松弛胆道口括约肌，改善胰腺微循环的作用。中药保留灌肠，利用肠轴膜直接吸收药物，而达到治疗的目的。

研究表明，生大黄水灌肠联合芒硝外敷可促进肠蠕动恢复，改善肠麻痹，缓解急性胰腺炎患者的腹痛、腹胀情况。因此，熟悉中药灌肠及中药热罨包外敷的护理操作，并熟练应用对减轻急性胰腺炎患者的腹痛、腹胀情况至关重要。本文总结中药灌肠联合中药热罨包治疗 1 例重症急性胰腺炎患者腹胀的护理，现报告如下。

1、病例资料

1.1 患者一般资料

患者男性，60 岁，主因“腹痛伴恶心、呕吐 2 天，加重 6 小时”于 2024 年 03 月 07 日入院。患者于患者 2 天前饱餐后逐渐开始出现剑突下胀痛，呈持续性胀痛，伴食欲不振，恶心，呕吐，呕吐物为少量胃内容物，当时未来院就诊。6 小时前腹痛加重，为全腹持续性胀痛不缓解，无肩背部放射痛，反酸、烧心，无发热、腹泻等不适，遂就诊我院急诊外科。

既往高血压 10 年，高脂血症、冠心病多年，阑尾炎手术史多年，无家族遗传史，无食物药物过敏史。患者有吸烟、饮酒的不良生活方式，间断口服药物治疗。患者入院时持续性全腹痛，伴有恶心，呕吐，反酸、烧心明显，无发热等不适，未排气排便。

1.2 体格检查

患者入院时生命体征：体温 36.9℃，脉搏 68 次 / 分，血压 130/90 mm Hg，呼吸 20 次 / 分。患者发育正常，神清语利，痛苦面容。患者轮椅推入病房，被动体位，配合查体，皮肤及巩膜无黄染。心率 68 次 / 分，律齐，心前区和各瓣膜区未听到杂音及其他心音；双肺呼吸音正常，两肺广泛叩诊清音，未闻及干湿罗音。

专科检查：痛苦面容，营养不良。腹部稍膨，腹壁无静脉曲张，无胃肠型及蠕动波，腹部右下象限可见陈旧手术瘢痕。全腹部压痛，腹肌紧张、反跳痛，肠鸣音减少，1～2 次 / 分。

中医四诊：

①望：精神差，舌质淡红，舌苔薄白；

②闻：呼吸顺畅，言语清晰，未闻及异味；

③问：腹胀、腹痛难忍；

④切：脉弦滑。发病节气：惊蛰。

1.3 辅助检查

2024 年 3 月 06 日行上下腹＋盆腔 CT 平扫：急性胰腺炎，周围渗出及积液，脂肪肝；双肾多发结石；阑尾切除术后状态。双肺 CT 未见明显异常。

立位腹平片：可见膈下“新月形”游离气体。尿淀粉酶：U-AMY 1773 U/L；血淀粉酶：AMY 1288 U/L，血常规＋C 反应蛋白：WBC 17.8×109/L，HGB 170 g/L，NEUT（%） 86.4%。

中医诊断：胰痹；辨证分型：肝郁气滞证。

西医诊断：重症急性胰腺炎。

1.4 中西医治疗干预

入院后积极完善相关检查，遵医嘱给予外科护理常规，一级护理，禁食水。西医治疗：抗炎预防感染，止痛抑酸，营养支持为主。患者急性弥漫性腹膜炎，腹部体征明显，伴有恶心，呕吐，遵医嘱给予留置胃肠减压管，缓解腹胀腹痛。无法经口进食，给予静脉营养支持。中医治则：疏肝理气，和胃通里。患者于入院后第二天给予患者中药灌肠联合中药热罨包技术治疗敷于腹部阿是穴，每日两次执行。入院第 5 天患者腹痛、腹胀明显缓解；入院第 10 天患者无腹痛、腹胀，病情稳定，于 2024 年 03 月 18 日遵医嘱给予出院。

2、护理

2.1. 护理评估

全腹部压痛，腹肌紧张、反跳痛，肠鸣音减少，1～2 次 / 分，烦躁不安难以平卧。参照 2002 年《中药新药临床研究指导原则》进行护理评估。0 级：患者无腹胀，计 0 分；I

级：患者自觉轻度腹胀，发作自止，但不影响正常工作、休息，计 1 分；II 级：重度腹胀，患者自觉腹胀但可耐受，常有发作，影响工作和休息，计 2 分；III 级：患者感觉重度腹胀，不能耐受，腹胀持续不止，需要药物缓解，计 3 分。

数字分级法（NRS）将疼痛程度用 0~10 个数字依次表示，0 表示无疼痛，10 表示能够想象的最剧烈疼痛。患者自己选择一个最能代表自身疼痛程度的数字，或由医护人员协助患者理解后选择相应的数字描述疼痛。按疼痛程度分为：轻度疼痛（1~3）表示患者有轻微疼痛，但可以忍受，中度疼痛（4~6）表示患者疼痛明显并且影响睡眠，但仍可忍受，重度疼痛（7~10）表示患者有强烈的疼痛，疼痛不能忍受，并且影响食欲及睡眠。

判断患者腹胀为 3 分，属于重度腹胀。此患者疼痛评分为 7 分，属于重度疼痛。同时评估患者伴随症状出现烦躁不安，腹胀的主要原因由于结肠靠近胰腺，并且胰腺炎患者胰腺及胰腺周围存在大量促炎性因子，导致 SAP 患者容易受到促炎因子的影响，从而引起肠道梗阻与麻痹。

2.2. 护理诊断

护理诊断结果如下：

①腹胀腹痛，与胰腺周围组织炎症、水肿有关；

②有体液不足的危险，与大量呕吐导致失水有关

③营养失调，低于机体需要量，与食欲不振，恶心呕吐有关；

④活动无耐力，与频繁呕吐导致失水、电解质丢失有关

⑤焦虑和恐惧，与所患疾病、担心预后有关；

⑥知识缺乏，缺乏有关本病的病因和预防知识；

⑦有管路功能失效的危险，与管路堵塞或脱管有关。

⑧舒适改变，与重度腹胀、压痛有关；

2.3 护理计划

遵医嘱给予患者常规治疗控制感染的同时，运用中医特色中药灌肠联合中药热罨包技术，缓解患者腹胀腹痛，降低腹胀评分；实施情志护理，缓解患者焦虑情绪；做好生活护理及健康宣教，给予患者讲解相关疾病知识，树立战胜疾病的信心，使患者身心健康地出院。

2.4 护理措施

2.4.1 腹胀腹痛护理

给予患者采用半卧位，腹胀的现象比较明显，腹腔内部的压力增高，可能使胸腔内部的空间受到影响，这样既能休息，又能够减轻对肺部的影响，从而可以改善临床症状。必要时

遵医嘱予以哌替啶止痛类药物来缓解疼痛，监测用药前、后的效果，注意哌替啶反复应用可致成瘾性

2.4.2　饮食护理

前期需要严格禁食水，遵医嘱给予患者通过静脉滴注方式进行营养支持。患者病情稳定，血、尿淀粉酶恢复正常，可逐步进行饮水、流食、半流食、固体食物、正常饮食方向过渡；期间依然不可饮食辛辣刺激、生冷黏腻的食物。随着患者饮食逐步恢复，可进行高热量、高蛋白的饮食，确保患者饮食摄入能够保障康复需求，但仍不可食用油炸、油腻食物，避免饮酒，多食用果蔬避免便秘。

2.4.3　情志护理

构建和谐护患关系，耐心倾听，关心爱护患者，赢得家属和患者的信任，加强交流，通过语言或非语言的方式进行安慰，使患者放松心情，介绍相关疾病知识，多讲解成功案例，树立战胜疾病的信心，鼓励家属共同参与增加安全感，取得家庭和社会的支持。

2.4.4　皮肤护理

中药灌肠和热奄包后密切观察患者肛周及腹部皮肤情况，出现过敏、红肿、水泡、刺痒感及时处理，操作后用温水清洁皮肤，涂抹润肤霜保护皮肤。

2.4.5　中医特色护理

中药灌肠：遵医嘱将熬制的中药药液（生大黄 30g，芒硝 30g(分冲)，厚朴 10g，炒枳实 10g，白芍 15g，川楝子 15g，玄胡 15g，黄芩 12g，黄连 6g，甘草 3g 、丹参 20 g 等）100 mL，温度为 39℃～41℃，协助患者取左侧卧位，置垫枕以抬高臀部 10cm，从肛门插入 10～15cm 缓慢滴入药液，滴注时间 15～20 分钟，中药液灌入直肠或结肠，使药液保留在肠道内，通过肠粘膜的吸收达到清热解毒、软坚散结、泄浊排毒、活血化瘀等作用。

中药热罨包：药物为科内自定方：选择芒硝 300 g、甘草 20g、大黄 20g、木香 20g、盐小茴香 20g、制吴茱萸 20g、干姜 20g 这 7 味中药组成。将备好的药物稍打碎，装入棉布袋内，扎好袋口，注意实施热罨包前要严格询问患者有无过敏史。把制作好的中药热罨包放入微波炉加热，加热时间不宜过长，大火 2-3 分钟即可，温度在 50～60 ℃之间。注意温度不宜过高，避免烫伤患者。穴位选择：阿是穴，取平卧位，腹壁与热罨包充分接触，效果好。时间为 20～30 分钟，每日 2 次。在治疗过程中注意保护患者隐私，芒硝外敷受热潮湿，病人腹部会出现潮湿情况，告知病人要及时更换衣物，保持皮肤、衣服、床单元干燥。除此之外还要注意芒硝潮解后会变硬，应该根据变硬的程度及时更换。

3、结果与随访

该患者中药灌肠联合中药热罨包干预治疗腹胀腹胀有所缓解；3～7 天后，腹胀明显缓解，胃肠蠕动恢复，肛门已排气排便 ；10 d 后，患者腹胀基本或完全缓解，肠鸣音活跃，腹围减小，进食后未诉腹痛腹胀等不适，紧张、矛盾、焦虑心理得到缓解，治疗期间密切观察腹部皮肤无发红、瘙痒、过敏现象，注意腹部保暖。患者积极配合系统治疗：于 03 月 06 日化验指标尿淀粉酶：U-AMY 1773 U/L；血淀粉酶：AMY 1288 U/L，血常规＋C 反应蛋白：WBC 17.8×109/L，HGB 170 g/L，NEUT（%） 86.4%，至 3 月 17 日各指标恢复正常，尿淀粉酶 U-AMY 389 U/L；血淀粉酶 AMY 56 U/L；血常规 WBC 6.5×109/L。

出院后饮食及作息规律，已戒烟戒酒，出院一周后随访，复查血常规、生化（肝肾功能、电解质、血脂、血糖、血淀粉酶，全腹 CT，未示异常，患者无不适主诉，预后恢复良好。随访时继续给予患者生活、饮食及心理辅导，再次嘱病人不适随诊。

4、讨论

近年来，随着人们生活水平的不断提高，饮食结构改变，急性胰腺炎发病率逐渐上升。重症胰腺炎的坏死胰腺及周围组织所释放的游离酶和血管活性物质被腹膜吸收，是造成患者全身中毒反应的主要原因，若能尽早消除，减少吸收，情况可获改善 。

中医学认为：SAP 是腑气不通致湿热蕴结中焦而致病。“六腑以通为用”、“不通则痛”，故治疗采用清热解毒、活血化瘀、通里攻下为基本的原则。方中生大黄具有攻下、导滞、泻火凉血；芒硝、枳实、厚朴通腑泄浊；丹参活血化瘀；黄芩、黄连清热利湿等功效，它通过刺激直肠和乙状结肠，使肠液分泌量增加，软化大便，抵制肠道内细菌移位及毒素的吸收，而且抵制胰蛋白酶、胰脂肪酶的分泌，松弛胆道口括约肌，改善胰腺微循环的作用。中药保留灌肠，利用肠轴膜直接吸收药物，而达到治疗的目的，中药灌肠后，由于灌肠液在肠腔内存留时间长，可抑制胰酶活性，维护肠黏膜屏障，促进胃肠蠕动，加速体内致炎因子排泄的作用；减少肠道致炎因子的产生。热奄包中芒硝：软坚泻下、消肿止痛；吴茱萸、小茴香：温中止痛；干姜：温中散寒；大黄：泻下利胆、消炎镇痛；木香：行气健脾、疏肝利胆；甘草：缓和大黄、芒硝的泻下作用。利用罨包的热蒸气使局部的毛细血管扩张、血液循环加快，让其中的中药的成分在一定的温度下透过皮肤到达穴位/经络/疼痛点，从而达到温经通络、调和气血、祛湿驱寒作用。因此，在综合治疗急性重症胰腺炎过程中，应采用中药灌肠联合中药热罨包阿是穴外敷对排除因肠麻痹造成的肠内大便滞留及细菌产生的毒素、炎症渗液达到改善急性胰腺炎的病理过程，促进胃肠功能恢复减轻患者腹胀腹痛症状。同时，早发现、早诊断、早治疗是救治成功的关键。急性重症胰腺炎的临床护理需要严格遵循操作规范和护理路径，从而确保达到最佳的治疗效果。

通过本例患者的护理实践，我们深刻体会到该技术在缓解腹胀、促进肠道功能恢复方面的显著效果。然而，我们也应认识到该技术的不足之处，比如中药灌肠操作时速度及时间存在差异，热罨包中的芒硝外敷后使布袋会变硬，注意患者皮肤情况，在今后的工作中加以改进和完善。通过不断总结经验、提高护理质量，为患者提供更加安全、有效的护理服务。

参考文献：

[1] Komara NL,Paragomi P,Greer PJ,et al. Severe acute pancreatitis：capillary permeability model

linking systemic inflammation to multiorgan failure[J]. Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol,2020,319（5）：G573-G583.

[2] 中华医学会消化病学分会胰腺疾病学组,《中华胰腺病杂志》编委会,《中华消化杂志》编委会. 中国急性胰腺炎诊治指南（2019 年,沈阳）[J]. 临床肝胆病杂志,2019,35（12）：2706-2711. Pancreatic Diseases Group of Digestive Disease Branch of Chinese Medical Association,Editorial Board of "Chinese Journal of Pancreatic Diseases",Editorial Board of "Chinese Journal of Digestive Diseases". Guidelines for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis in China（2019,Shenyang）[J].J Clinical Hepatology,2019,35（12）：2706-2711.

[3] 王晶晶,蔡常春,张晴,等. 联合使用大黄、芒硝对重症急性胰腺炎患者肠道功能和炎性因子的影响[J]. 中成药,2019,41（5）：

1191-1193. Wang JJ,Cai CC,Zhang Q,et al. Effects of combined use of rhubarb and thenardite on intestinal function and inflammatory factors in patients with severe acute pancreatitis[J]. Chin Tradit Pat Med,2019,41（5）：1191-1193.

[4] 付杰,刘强,刘国兴,等. 重症急性胰腺炎诊疗现状及主要问题 [J]. 世界华人消化杂志,2017,25（32）：2851-2857. Fu J,Liu Q,Liu GX,et al. Diagnosis and treatment of severe acute pancreatitis：current status and main problems[J]. World Chin J Dig,2017,25（32）：2851-2857.

[5] 唐燕辉.中药方灌肠与芒硝外敷治疗急性胰腺炎的临床效果[J].吉林医学,2023,44(5):1307-1310.

[6]侯清,李晓泉,张琦,经文善.复方大承气汤灌肠联合芒硝外敷治疗急性胰腺炎临床观察[J].安徽中医药大学学报,2021,40(3):39-43.

[7]郭奇华,牛晓滨,魏建文,张小林,马宏斌.中药灌肠辅助治疗重症急性胰腺炎临床观察[J].中外医学研究,2015,(28):119-120,121.

[8]李巧玲,郭丽红,陈娜惠.中药辅助治疗急性重症胰腺炎的观察与护理[J].中国社区医师,2014,(29):137-137,139.

[9]曹石波.中西医治疗重症急性胰腺炎 13 例疗效观察[J].中国社区医师,2019,35(2):111-112.

[10] 李传艳,王晓.中西医结合治疗重症急性胰腺炎的护理体会[J].中国医药指南,2015,(21):264-264,265.

[11]李方,王强.大黄灌胃灌肠联合芒硝外敷对重症急性胰腺炎临床疗效的 Meta 分析[J].临床

消化病杂志,2015,(2):69-75.
[12]沈兰芳,高月芹.改良式中药保留灌肠治疗重症急性胰腺炎早期的效果观察[J].中国实用医药,2012,07(27):33-34.
[13]高月琴,沈兰芳.生大黄综合灌肠法在重症胰腺炎麻痹性肠梗阻中的护理应用[J].中国实用医药,2013,8(30):182-184.
[14]潘以丰,蔡海荣,陈锦锋,关轮捷,罗健,李志雄,陈建林,邓建敏,韩宇斌,陈锴.通腑泄热、行气活血法治疗重症急性胰腺炎的疗效观察[J].中国中医急症,2018,27(5):895-896,899.
[15]王丽.中西医结合护理对重症急性胰腺炎急性反应期患者的效果分析[J].中国中西医结合外科杂志,2020,26(3):542-545.
[16]胡才理.中西医结合治疗重症急性胰腺炎研究进展[J].光明中医,2022,37(3):538-540.
[17]王双珠,杨良俊,吴畏,赵秋枫.中西医结合治疗重症急性胰腺炎患者 1 例[J].浙江中医杂志,2024,59(4):367.